

## Zusätzliche Erklärung über Wirbelsäulen- und Bandscheibenerkrankungen

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnehmer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wann traten die Beschwerden erstmals auf? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden bisher durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wie häufig traten die Beschwerden in den letzten 5 Jahren auf? \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Beschwerden? \_\_\_\_\_

Bei wem waren Sie zuletzt wegen dieser Erkrankung in Behandlung? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Anschrift angeben)

Wann war die letzte Behandlung? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen wurden dabei durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wie bezeichnet der Arzt die Erkrankung? \_\_\_\_\_  
(Wenn nicht bekannt, bitte bei Arzt erfragen)

Besteht ein Bandscheibenschaden? \_\_\_\_\_

Wurde eine Operation durchgeführt? \_\_\_\_\_

Wurde eine Wirbelversteifung (Spondylodese) oder eine Bandscheibenprothesenoperation (Einsatz einer künstlichen Bandscheibe/Cage) durchgeführt? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden bestehen zurzeit? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen  
- werden jetzt durchgeführt? \_\_\_\_\_  
- sind zu erwarten bzw. vorgesehen? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente sind erforderlich? \_\_\_\_\_  
(Bitte Name und Menge pro Tag angeben)

Welche Befunde wurden erhoben? \_\_\_\_\_

Sind die Ursachen für die Erkrankung bekannt?  nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ich bestätige, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift (Vor- und Zuname) der zu versichernden Person ab 16. Jahre. Bei Minderjährigen der gesetzliche Vertreter